

ОСОБЕННОСТИ ЭРОЗИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА И ЭКССУДАТИВНОЙ ФАЗОЙ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Якимова О. В.

*ГО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на сегодняшний день ревматоидный (РА) и реактивный (РеА) артриты являются наиболее распространенными заболеваниями суставов среди населения трудоспособного возраста [1]. В ряде случаев наблюдается схожая клинико-лабораторная картина артрита, прежде всего с поражением суставов кистей, что затрудняет дифференциальную диагностику РА и РеА, а, следовательно, и выбор базисной терапии. В дебюте заболевания, при остром развитии и РА и РеА возможно формирование эрозивного поражения суставов (Berkow R. et al., 1992). Считается даже, что на начальных этапах развития заболевания (очень ранний артрит – до 3-6 месяцев от дебюта заболевания) разграничивать РеА и РА невозможно (Quinn M.A. et al., 2001, Насонов Е.Л., 2004).

Учитывая, что современные ультразвуковые приборы обеспечивают высокое разрешение изображений мягкотканых структур, сопоставимое с изображениями, полученными при магнитно-резонансной томографии [2], перспективными являются исследования, направленные на изучение особенностей эрозивных поражений суставов у больных с высокой активностью

РеА и экссудативной фазой развития РА.

Цель. Изучить особенности эрозивных поражений суставов у больных с высокой активностью РеА и экссудативной фазой развития РА.

Материалы и методы. Нами были обследованы 25 больных с острым РеА (до 1 года с дебюта заболевания) с подтвержденной урогенитальной хламидийной инфекцией, мужчин из которых было 13 (52%), женщин – 12 (48%) и 25 больных с экссудативной фазой РА (до 1 года от дебюта заболевания), мужчин из которых было 11 (44%), женщин – 14 (66%). Средний возраст больных РеА равнялся $30,72 \pm 9,3$ лет, а больных с РА – $41,9 \pm 12,8$ лет. Всем больным проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Среднее значение суставного индекса Ричи у больных РА – $61 \pm 22,8$; индекса DAS 28 – $6,13 \pm 1,48$; выраженность боли по ВАШ – $31 \pm 19,5$ мм. Среднее значение суставного индекса Ричи у больных РеА – $9,9 \pm 5,1$; индекса DAS 28 – $4,27 \pm 0,8$, выраженности боли по ВАШ – $59 \pm 11,8$ мм. Для подтверждения урогенитальной инфекции у больных группы РеА использовался метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Всем пациентам было выполнено детальное мультиплоскостное динамическое ультразвуковое исследование суставов кистей: лучезапястный, II пястнофаланговый, V пястнофаланговый суставы с помощью аппарата «Сономед-400С» (Россия) оборудованным линейным преобразователем с частотой 9 МГц.

Результаты и обсуждение. При ультразвуковом исследовании суставов у больных с РА и РеА были получены следующие данные патологически измененная, неоднородной экоструктуры, утолщенная (3 мм и более) синовиальная оболочка в 28 суставах (93,3%; $p = 0,001$) при РА и 11 суставах (40%; $p = 0,001$) при РеА. Кортикальный слой кости неровный, неоднородный на суставной поверхности кости при РА (89%, $p = 0,001$) и в местах фиксации энтезов при РеА (85%; $p = 0,001$). На суставной поверхности кости при РА определялись: краевые эрозии – эрозии острого воспаления (100%; $p = 0,001$); не линейный костный дефект с гипохогенным контуром в виде разрушения субхондральной замыкательной пластины и участка губчатой кости эпифиза сустава, который виден как при поперечном, так и при продольном сканировании сустава; эрозии хронического воспаления обнаруживались в 25 суставах (83,3%) - не линейный костный дефект с гиперхогенным контуром со стороны непораженной кости.

Только в 8 суставах (27%; $p = 0,001$) были выявлены эрозии от инвазивного роста паннуса, которые не определялись у больных с РеА ($p = 0,05$). Они визуализировались в виде структурно неоднородного, умеренно гипохогенного дефекта без гиперхогенного контура со стороны разрушающейся кости. У больных с РА четко определялся отек периартикулярных мягких тканей (57%), теносиновит - увеличение объема и уменьшение степени экзогенности как самого сухожилия, так и синовиального влагалища (51%); утолщение энтеза (1,4%) и наличие в его проекции гипохогенных участков (0,6%); наличие большого количества гипо-, анэхогенной жидкости в полости сустава (59%). В то время как при РеА определялся отек перинтезиальных мягких тканей (73%; $p = 0,001$); теносиновит (20%); утолщение энтеза (96%; $p = 0,001$) и наличие в его проекции гипохогенных участков (88%); наличие перинтезиального выпота (75%; $p = 0,001$).

Выводы.

1. Для острого РеА (с высокой активностью) характерно: утолщение, неоднородность эхоструктуры (отек), разрыхление энтеза за счет воспаления – энтезит, локальный остеолит костной ткани (поверхностная резорбция замыкательной пластины кости) в месте прикрепления энтезов с формированием эрозии острого воспаления; наличие перинтезиального отека мягких тканей.

2. Для экссудативной фазы РА характерно: неоднородность эхоструктуры, утолщение, гипозоногенность (отечность), синовиальной оболочки (синовит), гипозоногенность, неоднородность, увеличение объема сухожильно-энтезиальных тканей (теносиновит) и околоуставных мягких тканей (периастикулярный отек), нелинейный краевой дефект кортикального слоя суставной поверхности кости с гипозоногенным, реже гиперзоногенным контуром, присутствие расширенной гипо- или анэхогенной зоны в полости сустава (избыток синовиальной жидкости), отсутствие визуализируемой синовиальной оболочки над самой эрозией.

3. Эрозивные поражения суставов у больных с высокой активностью реактивного артрита и экссудативной фазой развития ревматоидного артрита представлены в виде эрозий острого воспаления, которые формируются за счет остеолита. Этот факт указывает на возможное патогенетическое сходство этих двух заболеваний на очень ранней стадии.

Литература.

1. Raftery, G. Comparison of musculoskeletal ultrasound practices of a rheumatologist and a radiologist / G. Raftery, G. Hide and D. Kane // *Rheumatology* - 2007 - Vol.232 - №46(3), - P.519-522.

2. Ostergaard, M. An introduction to the EULAR-OMERACT rheumatoid arthritis MRI reference image atlas / Ostergaard M, Edmonds J, McQueen F, Peterfy C, Lassere M, Ejbjerg B, Bird P, Emery P, Genant H, Conaghan P // *Ann Rheum Dis* - 2005 - №64(1), P.3 - 7